



Nota Informativa N° 5-SALUD Y NUTRICION INFANTIL: Equidad y Determinantes Sociales.

Resumen Ejecutivo Capítulo 4 - “Equity, social determinants and public health programmes”. OMS, 2010.



CONTENIDO

- 1- RESUMEN EJECUTIVO
- 2- INTRODUCCIÓN
- 3- CONTEXTUALIZACION Y PROFUNDIZACIÓN DE LA SALUD INFANTIL, SOCIALMENTE DETERMINADA
- 4- INCLUSIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA SALUD INFANTIL EN LAS POLÍTICAS PUBLICAS
- 5- INTERVENCIONES A FAVOR DE LA NUTRICIÓN Y SALUD DE LOS NIÑOS
- 6- ANALISIS DE LAS DIFERENCIAS EN SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL
- 7- CONCLUSIONES
- 8- BIBLIOGRAFIA

1- RESUMEN EJECUTIVO:

Los niños menores de 5 años de edad son especialmente susceptibles a los efectos de las desigualdades socioeconómicas, debido a su dependencia de otros para garantizar su estado de salud. Esta Nota Investigativa está basada en el trabajo de la Red de Conocimientos sobre Condiciones Priorizadas de Salud Pública, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud-OMS (ver Nota 1).

Los niños pobres y sus madres se quedan sistemáticamente detrás de los más ricos en términos de mortalidad, morbilidad y desnutrición. Esas desigualdades en los resultados sanitarios resultan consecuencia del hecho que los niños pobres, en relación con los de familias más acomodadas, son más propensos a estar *expuestos* a agentes causantes de enfermedades, y una vez que están expuestos, son más *vulnerables* debido a la menor resistencia y baja cobertura de intervenciones preventivas. Al adquirir una enfermedad que requiere tratamiento médico, tienen menor probabilidad a tener acceso a los servicios, la calidad de estos servicios es probable que sea menor, y los tratamientos para salvar vidas son menos accesibles.

Existen muy pocas excepciones a este modelo - la obesidad infantil y prácticas inadecuadas de lactancia materna fueron las únicas condiciones de mayor frecuencia entre los ricos que entre los pobres. Los servicios de salud desempeñan un papel importante en la generación de inequidades. La desnutrición infantil contribuye en un tercio a la mortalidad infantil, y la malnutrición es la causa de varias de estas muertes. La mortalidad infantil en Argentina y en Mendoza, registra descensos, no obstante estas mejoras no alcanzan a todos los niños de Argentina (12,3 millones de niños y adolescentes).

Casi un 50% de las inequidades en Argentina se asocian a la zona o territorio que se habita, y este remite a las condiciones socioeconómicas. Un 70% de las muertes infantiles en Argentina son reducibles. Los últimos datos disponibles indican que Argentina destinó en 2007, 1,4% de su PBI al

Gasto Público dirigido a la niñez, con leve efecto progresivo, recibiendo los quintiles inferiores el 21% del mismo, mientras que los superiores el 19%. El gasto en seguros sociales, en cambio, muestra una gran regresión (9,6% de destino para el primer quintil, 29,3% para el quinto).

En Mendoza, al año 2007, el rubro del Gasto Público dirigido a la niñez tuvo carácter regresivo y los rubros desarrollo e integración y condiciones de vida, registraron el menos destino de fondos (educación y salud, los principales).

Las mediciones de Impacto de la equidad de los programas de salud e intervenciones son escasas. Mejoras en los servicios donde viven los más desfavorecidos; eliminación de barreras financieras; y supervisar la aplicación, cobertura y resultados en salud infantil son algunas de las perspectivas de la lente de la equidad. Las encuestas nacionales indican un alto porcentaje de niños que no cubre las necesidades de fibras y vitaminas, un elevado aporte calórico de las dietas, y la prevalencia de la lactancia materna en sectores desfavorecidos, frente a los más acomodados.

La lucha contra las desigualdades requiere la participación de los programas y las partes interesadas, tanto dentro como fuera del sector de la salud, por su contribución en el tratamiento de cuestiones sociales. Esta revisión muestra que hay muchos puntos de acceso para la intervención, proporcionando espacio para la contribución de diferentes sectores. Los actores que intervienen en un determinado enfoque, deben tener en cuenta que su labor constituye sólo una parte de la solución, y que debe ser compatible con el trabajo de enfoques complementarios. Finalmente, hay una necesidad de una función general de rectoría, para garantizar que todas las cuestiones relevantes se consideren.

2- INTRODUCCION

La equidad en salud implica que, idealmente todos los individuos puedan gozar del máximo estado de salud posible. La inequidad en salud, resulta de una desigual distribución del dinero, el poder y las riquezas y se manifiesta en resultados dispares a lo largo de todo el espectro social.

La mayoría de las muertes en niños menores de 5 años en el mundo son causadas por un puñado de condiciones, denominadas causas neonatales: neumonía, diarrea, malaria, sarampión y HIV/SIDA. La desnutrición infantil contribuye en más de un tercio en la mortalidad infantil, y en más del 10% de la carga global de enfermedad.² La malnutrición es la causa subyacente en un tercio de estas muertes. En Argentina viven 12,3 millones de niños y adolescentes, de los cuales el 60% lo hacen en zonas rurales (Barómetro de la Deuda Social de la Infancia). En Mendoza, existen 154.255 niños de 0 a 4 años y 141.184 comprendidos entre 5 y 9 años de edad, lo que arroja un total de 295.439 niños de ellos el 57% vive en zonas rurales (censo 2010).

En Argentina la medición de las necesidades humanas se hace desde un enfoque indirecto, conocido como línea de pobreza e indigencia y la estimación para la infancia es una deuda pendiente. El Desarrollo Humano, requiere una perspectiva directa, considerando al bienestar en forma integral, y no sólo en base a la capacidad de consumo de los hogares. Para este enfoque (Sen, A) las necesidades de la infancia recogen campos como “estar saludable”, “estar bien nutrido”, “jugar” “leer y escribir”. Una mirada integral del desarrollo humano, y en particular en la niñez y adolescencia, interpela a observar y distinguir entre necesidades materiales, sociales, emocionales, culturales, objetivas y subjetivas, en entornos sociales particulares como son familia, escuela, espacios públicos. (PNUD, 2011).

3- CONTEXTUALIZACIÓN Y PROFUNDIZACIÓN DE LA SALUD INFANTIL, SOCIALMENTE DETERMINADA

a. Mortalidad y morbilidad y su relación con las condiciones socioeconómicas

Un buen comienzo de vida, es indispensable para formar personas, profesionales, ciudadanos y sociedades de elevado capital humano. El estado de nutrición es el resultado de múltiples factores biológicos y sociales. Las causas inmediatas de la desnutrición son la inadecuada ingesta alimentaria y las enfermedades, las cuales están determinadas por factores tales como inadecuados servicios de salud o ambientes no saludables, acceso limitado a los alimentos en el hogar y cuidados deficientes de los niños y sus madres. En general, estos factores se encuentran relacionados con la inequidad en la distribución de los recursos en la sociedad.³

Las muertes de estos niños resultan de la conjunción de varios factores de riesgo, hecho que debe ser considerado en la prevención y planificación de estas muertes. Las muertes de niños no se distribuyen uniformemente, sino que ocurren principalmente en países pobres; 90% de las muertes tienen lugar en solo 42 países. Las diferencias en malnutrición infantil entre los países son inaceptables, ya que obedecen a diferencias de poder y recursos.

Aunque la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha disminuido recientemente en la mayoría de los países de medianos y bajos ingresos, el análisis de equidad ha demostrado que la brecha en la mortalidad entre países ricos y pobres, y entre niños ricos y desfavorecidos en la mayoría de los países está aumentando.

La Argentina tiene una tasa de mortalidad infantil del 11,9% aunque en las regiones del NEA esta cifra puede ascender al 18%. Es similar la situación de mortalidad materna. La tasa nacional del 4,4% no refleja las inequidades sanitarias que se evidencian con una tasa del 16% en algunas provincias del NEA. Para el caso de VIH-SIDA, se estima que el 0,87/10.000 de los niños nacidos vivos en un año nacen infectados con el virus por transmisión vertical. En relación a esto, existen

desigualdades en el diagnóstico temprano según la región del país en el que se nazca –mientras que el 27% de los diagnósticos en CABA fueron tardíos, hasta un 54% de los diagnósticos del NOA fueron tardíos. Esto impacta en el tratamiento y cuidado de esos niños y niñas infectados. ^{4,5}

La provincia de Mendoza no es ajena a esta distribución. La mortalidad infantil en Mendoza, ha registrado descensos en los últimos períodos (12,6 en 2002; 11,06 en 2007; 9,6 en 2011) sin embargo las mejoras no se han distribuido uniformemente. El análisis del indicador al interior de la provincia muestran las diferencias en el valor del indicador provincial, del departamento más rico (Capital) y los más pobres, en base a un estudio de la UNC. ⁶

Cuadro N°1- Razón de tasas y diferencias de tasa de mortalidad infantil en la Provincia de Mendoza.

Países	Razón de tasas (RT)		Diferencia de tasas (DT)	
	1997	2007	1997	2007
Total Provincial	0,99	1,18	-0,12	1,67
Gran Mendoza	0,98	1,08	-0,26	0,78
Capital	1,00	1,00	0,00	0,00
Godoy Cruz	0,95	0,68	-0,90	-3,02
Guaymallén	0,88	1,18	-2,00	1,69
Las Heras	1,01	1,03	0,20	0,24
Luján de Cuyo	1,11	1,48	1,80	4,53
Maipú	1,13	1,17	2,20	1,60
Este	0,97	1,24	-0,49	2,21
Junín	0,91	1,54	-1,50	5,07
Rivadavia	0,74	1,85	-4,30	7,99
San Martín	1,10	0,87	1,70	-1,21
Noreste	1,00	0,88	-0,07	-1,10
La Paz	1,13	1,74	2,20	6,92
Lavalle	1,02	0,75	0,40	-2,34
Santa Rosa	0,88	0,73	-2,00	-2,53
Valle de Uco	1,17	1,59	2,77	5,50
San Carlos	1,10	1,14	1,60	1,32
Tunuyán	1,25	2,13	4,20	10,58
Tupungato	1,00	1,31	0,00	2,92
Sur	0,97	1,37	-0,49	3,46
General Alvear	0,69	2,12	-5,10	10,50
Malargüe	1,45	1,45	7,40	4,22
San Rafael	0,98	1,16	-0,40	1,54

Tanto la Razón de Tasas (RT) como la DT (diferencia de tasas), permiten comparar dos unidades geográficas con indicadores socioeconómicos extremos (PBG, per cápita), interpretándose como la razón o la diferencia de las tasas de mortalidad del grupo de nivel socioeconómico más bajo con

respecto al más alto: cuanto mayor el valor de la razón o de la diferencia, mayor la desigualdad. Esto puede decirse también del siguiente modo: en 2007 Guaymallén tuvo 1,69 muertes por cada 1000 nacidos vivos, **más** que la esperada si la situación económica en términos de PBG^a de los habitantes de Guaymallén mejorase hasta el nivel de la ciudad de Mendoza.

Las siguientes tablas muestran la Mortalidad en menores de 5 años y la Mortalidad neonatal en la Pcia de Mendoza según residencia.

Tabla 1- "Tasa de Mortalidad en menores de 5 años según residencia"*

Región	2010	2011
Capital	9,5	10,5
Maipu	16	11,5
Guaymallén	14,3	10,5
Malargue	18,6	15,2
Mendoza	14,1	11,4

* Defunciones de 0 a 4 años x 1000

Nº nacidos vivos

Tabla 2- "Tasa de Mortalidad neonatal según lugar de residencia"**

Región	2010	2011
Capital	5	6,3
Maipu	9	6,3
Guaymallén	8,3	6,6
Malargue	8,5	8,4
Mendoza	8,2	6,8

** Defunciones niños menores 28 días x 1000

Nº nacidos vivos

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento de Bioestadística. Min. Salud Mendoza

^a Producto Bruto Geográfico

b. La situación de la Infancia en la Argentina y Mendoza

A fin de aportar un diagnóstico de la infancia en la Argentina, el siguiente cuadro describe los principales indicadores, actualizados a julio de 2012 (UNICEF).

Cuadro N°2: Infancia y Adolescencia en la Argentina. Fuente: UNICEF ⁷

Datos generales sobre infancia y adolescencia			
Actualizados a julio de 2012			
INDICADOR	AÑO	DATO	FUENTE
1- Cantidad de niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años). Total del país.	2010	12,333,747	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010
2- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años) Total del país	2010	30.7%	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010
3- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años) bajo la línea de pobreza. Total de aglomerados	2011	13.4%	INDEC. EPH. Promedio 1er y 2do trimestre.
4- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años) bajo la línea de indigencia. Total de	2011	3.1%	INDEC. EPH. Promedio 1er y 2do trimestre.
5- Tasa de Mortalidad Infantil.Total del país.	2010	11.9 por cada mil nacidos vivos	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
6- Tasa de Mortalidad Infantil de menores de 5 años. Total del país.	2010	13.8 por cada mil nacidos vivos	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
7- Tasa de Mortalidad neonatal. Total del país	2010	7.9 por cada mil nacidos vivos	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
8- Tasa de Mortalidad postneonatal. Total del país	2010	4.1 por cada mil nacidos vivos	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
9- Tasa de Mortalidad Materna. Total del país	2010	4.4 por 10.000 nacidos vivos	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
10- Proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kg). Total del país.	2010	7.3 por 1000 nacidos vivos	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
11- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años. Total del país.	2010	15.60%	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
12- Porcentaje de muertes infantiles reducibles. Total del país.	2010	66.80%	Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de la Nación.
13- Prevalencia de bajo peso en niños y niñas menores de 5 años. Total del país.	2005	4.20%	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
14- Asistencia escolar de niños y niñas de 3 a 5 años. Total del país.	2010	67.50%	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010.
15- Asistencia escolar de niños y niñas de 6 a 11 años. Total del país.	2010	98.90%	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010.
16- Asistencia escolar de adolescentes de 12 a 17 años. Total del país.	2010	89.00%	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010.
17- Tasa de abandono interanual (secundaria) Total del país.	2009-2010	9.34%	DINIECE - Ministerio de Educación de la Nación.
18- Tasa de repitencia (secundaria) Total del país.	2009	12.45%	DINIECE - Ministerio de Educación de la Nación.
19- Porcentaje de estudiantes de 15 años que obtienen resultados en pruebas de lectura por debajo de umbral mínimo.	2009	52.0%	Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes PISA, OCDE.
20- Porcentaje de alumnos por nivel de desempeño en matemática (5to/6to secundaria) Total del país.	2010	Alto: 14.7%	Operativo Nacional de Evaluación - DINIECE - Ministerio de Educación
	2010	Medio: 55.4%	Operativo Nacional de Evaluación - DINIECE - Ministerio de Educación
	2010	Bajo: 30%	Operativo Nacional de Evaluación - DINIECE - Ministerio de Educación

21- Porcentaje de alumnos por nivel de desempeño en Lengua (6to Primaria) Total del país.	2010	Alto: 20.4%	Operativo Nacional de Evaluación - DINIECE - Ministerio de Educación
	2010	Medio: 53.3%	Operativo Nacional de Evaluación - DINIECE - Ministerio de Educación
	2010	Bajo: 26.3%	Operativo Nacional de Evaluación - DINIECE - Ministerio de Educación
22- Porcentaje de alumnos de 9 a 11 años con dos o más años de atraso en la primaria.	2010	5.00%	SITEAL, IIPE/UNESCO.
23- Porcentaje de alumnos de 12 a 14 años con dos o más años de atraso en la primaria o en la	2010	14.40%	SITEAL, IIPE/UNESCO.
24- Porcentaje de alumnos de 15 a 17 años con dos o más años de atraso en la primaria o en la	2010	31.10%	SITEAL, IIPE/UNESCO.
25- Trabajo infantil en niños y niñas (5 a 13 años) Area Metropolitana de Buenos Aires.	2004	6.40%	EANNA- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
26- Trabajo infantil en niños y niñas (5 a 13 años) NOA (Jujuy, Salta y Tucumán)	2004	5.40%	EANNA- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
27- Trabajo infantil en niños y niñas (5 a 13 años) NEA (Chaco y Formosa)	2004	6.90%	EANNA- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
28- Trabajo infantil en niños y niñas (5 a 13 años) Mendoza.	2004	8.80%	EANNA- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
29- Trabajo infantil en niños y niñas (5 a 13 años) en Córdoba.	2004	8.40%	EANNA- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
30- Niños, niñas y adolescentes hasta 20 años con algún tipo de dificultad o limitación permanente.	2010	6.70%	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010.
31- Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales	2011	14675	"Situación de los niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en Argentina". UNICEF, SENAF, 2012.
		0.12% del total de población de niños/as y	
32- Niños y niñas hasta 14 años que nacieron en un país extranjero	2010	140312	INDEC.Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010.
		1.40%	
33- Niños, niñas y adolescentes privados de su libertad. Total del país.	2006	19,579 (el 87% de los casos es por causas asistenciales y de	"Privados de libertad. Situación de niños, niñas y adolescentes en la Argentina". Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
34- Gasto Público Social de la Nación y Provincias dirigido a la Niñez	2009	En \$ por niño: 7517	Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Ministerio de Economía y UNICEF
		En % del Gasto Público Social:	
		En % del PBI: 8%	

En él se destacan un 66,8% de muertes infantiles reducibles y un 52% de los estudiantes de 15 años que leen dificultad, entre otros.

c. La Nutrición en la Argentina.

En el año 2010 se llevó a cabo en la Argentina la Encuesta Nacional de Nutrición Infantil ⁸, dirigida a diagnosticar el estado de la alimentación de los menores de 2 años. Entre los principales resultados, del estudio llevado a cabo en localidades del país de más de 5000 habitantes, aparecen:

-el 95% de los niños en Argentina reciben lactancia materna

-4,2% de los niños menores de 5 años tienen bajo peso.

-solo el 28% de los niños de 2 años, continúan recibiendo lactancia materna, lo que muestra una disminución progresiva desde los 6 meses en el amamantamiento.

-un elevado porcentaje de niños no amamantados son alimentados exclusivamente con leches sin fortificación con Hierro, contrario a las recomendaciones.

-El consumo de vitaminas y fibras son aspectos críticos en la alimentación de niños menores y una alto porcentaje (78%) de ellos no cubre las recomendaciones vigentes.

-Una alta proporción de niños consume elevados porcentajes de proteínas y energía.

- En cuanto al patrón de conducta, la mitad de los niños relevados menores de 2 años siempre o casi siempre miran T.V. durante las comidas.

La Encuesta indagó también clima educativo y necesidades básicas de los hogares relevados. Así en los hogares donde el clima educativo de las madres es alto, la prevalencia de Lactancia materna es menor. La prevalencia de LM para el grupo de niños de 6 a 23 meses presento un gradiente decreciente a mayor clima educativo. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas entre clima educativo alto y medio, y entre ambos grupos y clima educativo muy bajo:

Tabla 3: Prevalencia de lactancia materna según clima educativo de los hogares (ENNyS-MinSal)

CLIMA EDUCATIVO	LACTANCIA MATERNA	IC de 95%
Alto	42,8 %	39,7%-45,9%
Medio	51,9 %	48,2%-55,6%
Bajo	61,1 %	55,7%-66,3%
Muy bajo	59,5 %	52,1%-66,5%

Coincidente con estos datos es el hecho de que en los hogares más pobres (criterio NBI^b) la prevalencia de LM es mayor.

Cuadro N°3- Prevalencia de lactancia materna de niños entre 6 y 23 meses, según condición socioeconómica del hogar, total país.

		%	IC 95 %	
Línea de pobreza	No pobre	40,7	37,2	44,2
	Pobre no indigente	51,5	48,0	55,0
	Indigente	59,9	56,0	63,8
NBI	Hogar sin NBI	40,5	38,1	42,9
	Hogar con NBI	55,4	51,5	59,3

d. Los recursos destinados a la infancia

Los factores socioeconómicos no son el único de los tipos de inequidades que son relevantes para la salud de los niños. El papel de la distribución de los recursos es clave en la producción de inequidades en salud infantil. Un estudio de la CEPAL/ UNICEF analizó la distribución del gasto que destinan los Estados a la niñez (niños, niñas y adolescentes) en América Latina y el Caribe.⁹ Argentina distribuye el gasto en cuatro clases: inversión social en la niñez o gasto específico, gasto indirecto o agéntico, gasto ampliado y gasto en bienes públicos. Se señala que durante 2007 el Gasto Público Consolidado dirigido a la niñez en la Argentina alcanzó los \$54.839,7 millones, que representan el 19,1% del Gasto Público Total y el 31,2% del Gasto Público Social^c. A ese momento el Gasto público dirigido a la niñez representaba el 1,4% del PBI.

^b Necesidades Básicas Insatisfechas.

^c Gasto Público Social: esfuerzo en términos de erogaciones realizadas por el sector público a fin de mejorar las condiciones de vida de la población y promover su bienestar colectivo, mediante múltiples acciones como la redistribución de ingresos, la formación de capital humano y la protección de los grupos más desfavorecidos, permitiéndole adquirir las capacidades para su propio desarrollo (CEPAL)

Cuadro Nº 4- Gasto público dirigido a la niñez en América Latina según funciones-

En porcentaje del PBI

Sector	Argentina (2007)	Bolivia (Est. Plur. de) (2005)	Brasil (1997)	Costa Rica (1999)	Ecuador (pres 2011)*	Guatemala (pres 2011)	Haiti (2007/08)	Jamaica (2005/06)	México (pres 2011)	Paraguay (2007)	Uruguay (2009)
Ayuda directa	0,55						0,10				
Ciencia y técnica	0,08						0,00				
Condiciones de vida (incluye vivienda, infraestructura y saneamiento)	0,35	0,55		0,73		0,02	0,22		0,01	0,08	0,12
Deporte, recreación y cultura	0,05			0,13		0,04	0,15		0,04		
Desarrollo e Integración	0,02						0,03		0,00		
Educación	3,69	4,59	0,26	3,19	2,98	2,17	1,47	4,03	2,97	3,75	3,16
Nutrición y alimentación	0,23			0,27			0,02		0,31		
Obras sociales	0,90						0,04				
Otros servicios urbanos	0,04						0,09				
Protección del niño/atención a la infancia	0,10						0,02			0,21	0,53
Protección Social		0,18	0,11	0,18	0,36	0,28			0,20		
Riesgos y desastres naturales							0,09				
Salud	0,69	1,23	0,81	1,46	0,56	0,05	0,37	1,26	2,20	1,02	0,57
Trabajo					0,00						
Otros		0,25				0,23b		0,31	0,53c		0,53d
Total	6,70	6,80	1,18	5,96	3,90	2,80	2,60	5,60	6,27	5,05	4,90

Fuente: Elaboración propia.
 Nota: Debe notarse que los datos presentados no resultan estrictamente comparables entre países debido a las diferentes metodologías, universos y periodos de tiempo considerados en cada caso.
 * En este cuadro se considera únicamente el gasto directo en niños del Ecuador ya que la inversión indirecta comprende el saldo entre la inversión directa y el presupuesto total del sector social.
 b Incluye el gasto en Agricultura (0,22%), Secretarías del Ejecutivo (3,61%) y Consejos de Desarrollo (4,25%).
 c Incluye el gasto en urbanización y desarrollo regional (7,34%), protección contra abuso, violencia y discriminación (1,07%) y medios masivos de comunicación (0,01%).
 d Incluye el gasto en Seguridad Social.

En este mismo trabajo, se señala que el GPS en Argentina, destinado a la niñez y en su conjunto tiene un leve efecto progresivo dado que el quintil de menores ingresos recibe el 21%, mientras que el quintil de mayores ingresos recibe el 19,7%. El análisis por sector muestra resultados diferentes. En el caso del gasto en sectores sociales, que incluye las funciones de educación, cultura, ciencia y técnica, salud (atención médica), agua potable y alcantarillado, vivienda y urbanismo, promoción y asistencia social, trabajo y otros servicios urbanos, se observa un importante efecto progresivo ya que el quintil de menores ingresos recibe el 26%, en tanto que el quintil de mayores ingresos recibe el 15,5%. El gasto en seguros sociales, por su parte, presenta un efecto regresivo en términos de distribución del ingreso (el primer quintil recibe el 9,6% y el quinto el 29,3%).

En otro estudio sobre la provincia de Mendoza (2000 al 2007)¹⁰ indica que al año 2007 el GP dirigido a la Niñez y adolescencia en Mendoza fue del 36,6% respecto del Gasto Total, registrando un descenso respecto al año 2004, momento de la serie donde tuvo su mayor valor (39,3%). En cuanto a las categorías del gasto, educación (24,5%), salud (4,3%) y condiciones de vida (2,9%) son los rubros de mayores destinos, siendo el rubro desarrollo e integración (0,06%) el de menor destino.

4- INCLUSION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA SALUD INFANTIL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Según se viene analizando hasta aquí, varios son los sectores implicados en el estado de la infancia en las regiones. A esta complejidad del tema, multifactorial y transdisciplinar, la Red de Conocimiento sobre las Condiciones Priorizadas de Salud Pública (Nota 1-Boletín 5) sistematiza el papel de los determinantes sociales de la salud a través de cinco categorías principales, que se aplican también a la salud y nutrición infantil, a saber:

1. Contexto socioeconómico y posición
2. Exposición diferencial
3. Vulnerabilidad diferencial
4. Diferencias en los resultados de salud y nutrición
5. Resultados en la salud

En el Cuadro N°5 se señalan el marco de análisis de las inequidades en salud infantil y nutrición y los factores implicados en cada nivel de análisis

Cuadro Nº 5- Inequidades en Nutrición y Salud infantil.-

Categoría de Análisis	Factores Relevantes para la salud y nutrición infantil
Contexto y posición socioeconómica	Educación parental Ingresos familiares. Bienes
Exposición diferencial	Enfermedades vectoriales Hacinamiento, vivienda y contaminación ambiental Agua, saneamiento, lavado de manos
Vulnerabilidad diferencial	Factores que afectan la incidencia: Alimentación en recién nacidos y niños Inmunización Cuidados prenatales y parto Prevención de HIV Mosquiteros/insecticidas Factores que afectan la severidad: Mal nutrición (lactancia, alimentación complementaria, micronutrientes, vit.A, zinc, hierro, iodo) Gestión de casos (acceso al primer nivel de atención y cuidados) de diarrea, neumonía, sepsis, malaria, sarampión, desnutrición severa, HIV, morbilidad neonatal
Resultados diferenciales en nutrición y salud	Morbilidad Desnutrición: retraso de crecimiento, emaciación, bajo peso. Sobrepeso, obesidad.
Consecuencias diferenciales	Mortalidad Discapacidad Desarrollo humano (altura, capacidad reproductiva, escolaridad, ingresos) Consecuencias económicas familiares

La ventaja de este esquema es que identifica campos de monitoreo representativo que permitan identificar inequidades. En el trabajo de la Red de Conocimientos sobre Condiciones Priorizadas de Salud Pública, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud-OMS¹ (capítulo 4) estos indicadores son identificados a través de datos de encuestas demográficas y encuestas de indicadores múltiples de los países. El documento también analizó la bibliografía, mediante una búsqueda en PubMed, en el período 1990-2010, arrojando un total de 244 artículos y fuentes como Encuestas demográficas y Encuestas de indicadores múltiples abarcados por los ejes descriptos. En el caso de Argentina y la pcia. de Mendoza, la búsqueda



de datos e información arrojó disponibilidad, aunque también fragmentación de los datos relevados por varios agentes y desactualización. Son importantes los datos relevados por trabajos de investigación locales.

Como todos los modelos, este marco conceptual es una versión simplificada de la realidad. Por ejemplo el bajo peso al nacer y la desnutrición, determinante de diferencias en los resultados del cuarto nivel puede ser también un determinante del tercer nivel (vulnerabilidad), debido a la amplia y reconocida relación entre el estado nutricional de los niños y la gravedad de las enfermedades. Sin embargo, este modelo es muy útil para analizar las diferencias injustas en el estado nutricional y salud de niños de todas las regiones.

5- INTERVENCIONES A FAVOR DE LA NIÑEZ, SALUD Y ESTADO NUTRICIONAL.

Abordar las desigualdades socioeconómicas en salud y nutrición infantil es esencial para alcanzar tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODM 1 (erradicación de pobreza y hambre), ODMI 4 (incrementar la supervivencia infantil) y ODMI 6 (malaria, HIV y otras enfermedades). Por ejemplo, el primer ODM, se miden mediante el indicador bajo peso para la edad en niños menores de 5 años. El cuarto ODM se encuentra directamente relacionado con el estado de nutrición ^{11,12}.

No menos importante es el marco jurídico que la niñez y la adolescencia aportan a la consolidación de su bienestar. La Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989-ONU) ha sido incorporada a la mayoría de las Constituciones Nacionales. La misma fue en Argentina por ley 23.849, y su correlato mediante ley 6354 (1995) del Niño y adolescente de la Pcia. de Mendoza. Las dos ideas fuerza o ejes que recorren la Convención son:

- La consideración del niño, la niña y el adolescente como sujetos plenos de derechos, merecedores de respeto, dignidad y libertad, abandonando con este enfoque el concepto de niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad.



- La valoración de los niños como personas con necesidad de cuidados especiales, lo que supone que por su condición particular de desarrollo, además de todos los derechos que disfrutaban los adultos, tienen derechos especiales.

El documento de la Red de Conocimientos sobre Condiciones Priorizadas de Salud Pública, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud-OMS, se concentra principalmente en los siguientes ejes:

- Inequidades socioeconómicas
- Inequidades dentro de los países de bajos y medianos ingresos
- Principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años.
- Intervenciones basadas en la evidencia de impacto en el estado nutricional y la mortalidad de niños menores de 5 años.

El Cuadro N°6 describe las intervenciones efectivas, puntos de entrada y barreras en base al marco de análisis de la inequidades en salud infantil y nutrición.

Cuadro N° 6- Intervenciones estructurales, puntos de entrada y barreras relacionadas con la salud y nutrición infantil



Determinantes / vías	Posibles intervenciones	Puntos de entrada	Potenciales barreras
Contexto y posición socioeconómica	Las leyes que regulan disponibilidad y publicidad de los sucedáneos de la leche materna, biberones, etc.	Organismos Nacionales Legislativos y grupos políticos de presión	La resistencia de la industria de alimentos para cambiar prácticas de comercialización o fortificación de alimentos
<i>Ausencia legislación protectora para madres y niños</i>	La legislación para la fortificación de alimentos con micronutrientes	Oficinas de las organizaciones internacionales en los países	Resistencia de los empleadores sobre la licencia por maternidad y paternidad
<i>Inequidad en economía, educación y género</i>	Las leyes que regulan la licencia por maternidad y paternidad	Industria alimentaria	La resistencia del sector médico privado y organismos médicos profesionales a reformas en la atención de la salud
	Regulación de los servicios de salud, por ejemplo, de atención universal	Los tomadores de decisiones de alto nivel en los ministerios de salud, las finanzas, la educación, la alimentación, la agricultura y otros	La resistencia de la clase dirigente con respecto a legislaciones sobre los derechos humanos, la redistribución de riqueza o la reforma agraria
	Promover los derechos humanos, etc.	Sociedad Civil: grupos de la comunidad, grupos de mujeres, organizaciones religiosas, grupos para la protección de los consumidores y otras organizaciones no gubernamentales o asociaciones público-privado	Resistencia de los políticos y de los grupos de presión políticos en relación con la potenciación de los pobres
	Educación Universal de las mujeres	Los partidos políticos	El costo percibido por la implicancia de los cambios en la legislación para proteger la salud
	Redistribuir el poder, por ejemplo, a través de reformas agrarias, títulos de propiedad	Sistema legal	
	Microcrédito para mujeres	Organizaciones de profesionales	
	Redistribuir los recursos, por ejemplo, a través de impuestos, salarios mínimos, sistemas de asistencia social o transferencias directas de dinero en efectivo		
	Igualdad de derechos / tratamiento preferencial, por ejemplo, para las minorías étnicas, las jóvenes		
Diferencias en la exposición	La eliminación de los vectores de la malaria	Los gobiernos nacionales, regionales y locales, incluidos los departamentos de salud, agua y saneamiento, vivienda, medio ambiente, finanzas, producción agrícola de alimentos y otros	Los costos relacionados con la provisión de vivienda, los servicios de agua y saneamiento
<i>Entorno social y físico</i>	Subsidiar medios, por ejemplo, para controlar la contaminación interior	Sociedad Civil: grupos de la comunidad, grupos de mujeres, organizaciones religiosas, grupos para la protección de los consumidores, las iniciativas de comercialización social y otras organizaciones no gubernamentales o asociaciones público-privado	Resistencia de la industria en cuanto a regulación y cambios en los precios o las prácticas de producción.
<i>Desempleo</i>	Prestación de servicios de saneamiento y potabilización del agua	Partidos políticos	Resistencia de la población con respecto a los cambios en los comportamientos establecidos
<i>Malas condiciones de vivienda, abastecimiento y saneamiento de agua</i>	Mejoras en viviendas para evitar el hacinamiento	Sistemas legales	
<i>Exposición a la publicidad y la comercialización de los productos y las prácticas insalubres</i>	Disponibilidad de herramientas y medios dirigidos, por ejemplo, a antimaláricos, el tratamiento de rehidratación oral, antibióticos para la sepsis / neumonía	Industria: medicamentos, los alimentos para lactantes, productos de higiene, productos químicos, textiles	
<i>Alto costo de los productos básicos (agua, jabón, antibióticos, antipalúdicos, los mosquiteros tratados con insecticidas, etc.)</i>	Normas para la publicidad de productos específicos, por ejemplo alimentos infantiles		
<i>Falta de incentivos para comportamientos apropiados</i>	Inversión de la carga de prueba, por ejemplo, con respecto a los alimentos comercializados para niños		

Determinantes/ vías	Posibles intervenciones	Puntos de entrada	Potenciales barreras
Vulnerabilidad diferencial	Servicios de salud e intervenciones en el presupuesto de acuerdo con la carga de la enfermedad.	Autoridades Nacionales, provinciales y locales de salud.	Resistencia de los trabajadores de la salud en los distintos niveles a las nuevas prioridades y prácticas de trabajo
<i>Grupo de la población</i>	Umbral de cobertura de, por ejemplo insecticidas, micronutrientes e inmunizaciones	Organizaciones no gubernamentales y el sector privado involucrado en la prestación de servicios de salud	Consecuencias financieras para proporcionar nuevos servicios e insumos
<i>Pobreza</i>	Marketing social para el jabón, mosquiteros tratados con insecticida, etc.	Sociedad Civil: grupos de la comunidad, grupos de mujeres, organizaciones religiosas, grupos para la protección de los consumidores, las iniciativas de comercialización social y otras organizaciones no gubernamentales o asociaciones público	Resistencia de las organizaciones de profesionales
<i>Incapacidad para pagar cuotas</i>	Servicios de salud materno infantil próximos a donde residen los grupos de población desfavorecidos por ejemplo, extensión de instalaciones, trabajadores de salud comunitaria, organizaciones no gubernamentales.	Medios de Comunicación y empresas de publicidad	Resistencia de la industria y el comercio a una reducción en las ganancias debido a un menor costo de los productos o provisión gratuita de insumos
<i>Analfabetismo</i>	La prestación de instalaciones de atención para derivación	Escuelas y educadores	La resistencia de los ministerios y los departamentos de finanzas, las limitaciones presupuestarias y relativas a las transferencias de efectivo e intervenciones similares
<i>Baja condición de la mujer</i>	La disponibilidad de anticonceptivos.	Autoridades de transporte	Resistencia Cultural de la población en las actividades educativas, la potenciación de la mujer, y otras intervenciones conductuales.
<i>Falta de acceso (geográficos, económicos, culturales) a la asistencia médica adecuada por parte de las familias pobres</i>	Trabajar con los líderes comunitarios y religiosos etc., para cambiar normas y prácticas perjudiciales para la salud, sobre todo en grupos de población vulnerable.	Administradores de servicios sociales	
	Promoción de la educación y alimentación del lactante y del niño pequeño		
	Promoción del desarrollo de la primera infancia		
	Mejorar conductas en la búsqueda de atención		
	La contrapublicidad		
	Potenciación de las mujeres en las familias o las comunidades para tomar mejores decisiones en salud, tales como mejoras en la alimentación		
	Servicios sociales y de salud focalizados sobre la base de las necesidades.		
	Educación en higiene.		
	Mejora de los sistemas de transporte para garantizar el acceso a los servicios de salud materna e infantil		

6- ANALISIS DE LAS DIFERENCIAS EN SALUD Y NUTRICIÓN INFANTIL

a. Contexto y posición socioeconómica

Los determinantes más causales en la salud y nutrición de niños (Cuadro N°5) abarcan la posición económica, la educación, las inequidades de género y la ausencia de legislación protectora de madres y niños. Existe una clara asociación entre la educación de los padres y el bienestar y salud de sus niños. Para todas las regiones del mundo, las mujeres con educación de 5 años o más alcanzan niveles de salud y bienestar del 80%, comparado con un 30 % de los quintiles más pobres. La educación de la madre está fuertemente relacionada con la salud de los niños. Las mejoras en los niveles de educación de los padres fue el resultado de las mejoras de bienestar en varias generaciones pasadas. La educación materna impacta no solo en la capacidad de las madres para contribuir al sustento familiar, sino en el reforzamiento de su autoridad, y en un mejor uso de los recursos, incluido el cuidado en salud.

b. Exposición diferencial

Entre los determinantes de diferencias en la exposición, las condiciones ambientales son importantes condicionantes en la salud infantil. Higiene, agua y saneamiento están asociados con un incremento en la incidencia de enfermedades como diarrea. El hacinamiento está relacionado con neumonías, gripe y otras infecciones respiratorias. La densidad vectorial de los ambientes incide en enfermedades como la malaria.

La disposición segura de excretas y el lavado de manos afectan también la exposición a patógenos. El uso de fuentes de cocción a base de combustibles en la cocción, incrementa el riesgo de neumonía, al incrementar la polución de ambientes habitables.

c. Vulnerabilidad diferencial

La vulnerabilidad se relaciona con la premisa que a igualdad de exposición, existen diferentes resultados en grupos sociales socioeconómicamente distintos, según sus ambientes económicos, culturales y la acumulación de factores a lo largo de curso de la vida.

Dos niveles de exposición diferencial son considerados en salud y nutrición infantil: los factores que afectan la *incidencia* de enfermedades y factores que afectan la *severidad* de la enfermedad.

-Vulnerabilidad relacionada a factores sobre la incidencia de enfermedad:

La pobreza determina cuán vulnerables son los niños a las enfermedades. Los factores relacionados con mayor riesgo a la enfermedad incluyen prácticas culturales (lactancia materna) y utilización de los servicios de salud, entre otros.

La cobertura de inmunización es el principal factor que afecta la incidencia de enfermedades. Las diferencias socioeconómicas también en este punto, son claves. ¹³

La alimentación exclusiva a base de leche materna, reduce tanto la incidencia como la severidad de enfermedades como la diarrea. Como se ha mencionado anteriormente, esta práctica es más frecuente entre los más pobres que entre los acomodados. ¹³

Los cuidados prenatales y realizados por personas capacitadas son esenciales para la prevención de un vasto número de enfermedades neonatales y condiciones de la infancia. Las inequidades en este punto, han sido evidenciadas, demostrando que el acceso a cuidados obstétricos, maternidades seguras, cuidados postnatales, marcan la diferencia entre ricos y pobres en supervivencia neonatal, infantil y materna. ^{14,15}

-Vulnerabilidad relacionada a factores sobre la severidad de enfermedad:

Una vez que un niño adquiere una enfermedad infecciosa, la severidad del episodio está largamente determinada por el estado nutricional, y en segundo término por la cobertura efectiva de cuidados y

atención de su enfermedad. La malnutrición, es tanto una causa como una consecuencia de la morbilidad. La lactancia materna contribuye a reducir la severidad de la enfermedad.

Zinc y vitamina A juegan un rol importante en la reducción de la severidad de enfermedades infecciosas.¹⁶

Las dietas basadas en alimentos animales son excelente fuentes de hierro y zinc. El bajo consumo de vitamina A, debido a dietas deficitarias es otro determinante de malnutrición, y varios países han adoptado programas de suplementación de vitamina A en los alimentos, como en Argentina para el caso de harinas y sucedáneos, para corregir este déficit.

Por otro lado, la deficiencia de Iodo es considerada también un micronutriente, donde las intervenciones son requeridas, mediante por ejemplo la fortificación de sales de consumo (Argentina).

Un análisis de las encuestas demográficas demuestra que las nueve intervenciones estudiadas- incluyendo la vacunación para BCG, DPT y gripe,- toxoide tetánico para las madres, suplementación con vitamina A, cuidados prenatales, atención sanitaria profesional y agua segura y sanitización, están presentes en niños sanos, quienes generalmente son pertenecientes a sectores más beneficiados. Los niños de sectores más pobres reciben alguna o ninguna de estas.¹⁷

7- CONCLUSIONES

En el análisis arriba realizado, en base al capítulo 4 del documento “Equity, social determinants and public health programmes” , que revisó las evidencias e intervenciones sobre inequidades relacionadas con la salud y nutrición de niños, los diferentes condicionantes refieren la situación de salud y nutrición y la unidad de observación es una sola: los niños. Es posible que existan intervenciones y políticas, pero también es cierto que la distribución de los beneficios es tan



importante como las acciones en sí. La lente de la equidad muestra raíces muy profundas para la salud y nutrición infantil, en materia socioeconómica y otras raíces proximales en el problema, que son los que primero se ven y abordan. Por lo tanto, las acciones del gobierno dirigidas a mitigar la pobreza, mejorar la educación de las mujeres, mejorar el acceso a los alimentos y a los servicios básicos de saneamiento y salud, de tener éxito, tienen un gran potencial de mejorar el estado de nutrición de la población a mediano y largo plazo. Las organizaciones internacionales tales como UNICEF, OMS, Banco Mundial y OCDE advierten sobre el déficit de las políticas dirigidas a la infancia, como consecuencia de superposiciones, faltas de registro y seguimiento e inutilización de capacidades instaladas.

En el cuadro N°5, se puede advertir la complejidad de la mirada que se requiere y la existencia de una instancia superadora a los enfoques parciales, donde todos los autorizados en la materia tienen algo que aportar. El contexto socioeconómico de niños y madres, desde la distribución del ingreso, la legislación que establece mínimos necesarios, la distribución de la educación son áreas concretas. De más está decir que cambios a este nivel producen importantes efectos en los comienzos de la vida de nuestros futuros ciudadanos, ya que en el esquema de análisis, estos son los determinantes estructurales y causales de las diferencias en la distribución de bienestar. Es aquí donde deben explorarse diferencias como legislación, distribución del gasto dirigido a la niñez. Las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, requieren de intervenciones que marquen un cambio metodológico en cómo se vienen desarrollando las intervenciones: condiciones de las viviendas, agua, servicios de atención materno-infantil con lente en la inequidad territorial (acceso geográfico), son algunos.

Los datos de Mendoza, indicarían una marcada inequidad territorial en materia de salud y nutrición infantil, según sea el lugar de nacimiento y residencia de los niños.



La nutrición de niños y las condiciones en las que se desarrollan los 5 primeros años de vida son claves en el patrón de salud y bienestar, llegando a la conclusión que la nutrición es tanto causa como consecuencia de un estar sano en los años venideros.

Las lecciones aprendidas son:

- La priorización de las enfermedades de los pobres y su atención.
- La consideración del patrón de inequidad y su causal.
- La reducción de barreras financieras a la atención y nutrición
- El establecimiento de datos mínimos y la matriz de análisis que se requiere para monitorizar el proceso.
- El liderazgo del sector salud en este proceso de integración de sectores no-sanitarios.
- La re-ingeniería de los programas existentes dirigidos a la niñez y la integración de la gestión de la enfermedad infantil y materna,

A la luz del mandato de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta revisión ha sido deliberadamente dirigida hacia las intervenciones del sector salud: Los responsables políticos, planificadores y trabajadores de la salud deben ser conscientes de que la forma en que planean e implementan acciones preventivas y curativas a menudo contribuye a promover el aumento de las desigualdades. Incorporar las consideraciones de equidad en el sector de la salud es esencial para garantizar que los involucrados formen parte de la solución y no del problema.

8- BIBLIOGRAFIA

- 1- Equidad, determinantes sociales y Programas de Salud Pública. OMS, 2010. Disponible en link observatorio
- 2- Black R. et al. Maternal and child undernutrition : Global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008, 371 :243-260.
- 3- Marmot, M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet 2007. 370:1153.
- 4- UNICEF. The State of the World's Children 1998: A UNICEF report. Malnutrition: causes, consequences, and solutions.
- 5- UNICEF .Programa de Salud y Nutrición mujeres, niños y adolescentes. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood.html.
- 6- Lara, M: Desigualdades socioeconómicas en salud: Argentina y Mendoza. 5º Encuentro de Investigadores de Ciencias Sociales de la Región Centro-Oeste y 21 encuentro binacional con la IV Región de la República de Chile.
- 7- UNICEF. Datos sobre la Infancia y la Adolescencia en la Argentina. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/overview_11124.htm
- 8- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2010. Disponible en <http://msal.gov.ar>
- 9- CEPAL/UNICEF. Gasto publico dirigido a la niñez en América Latina y el Caribe: medición y análisis distributivo. Disponible en: <http://unicef.org>.
- 10- UNCuyo. Fac. de Ciencias Políticas y Sociales. Políticas Pública e Inversión social destinadas a la niñez y adolescencia en la pcia. de Mendoza.
- 11- UN Millenium Project. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Overview. New York: United Nations Development Programme, 2005.

- 12-UNICEF. The State of the World's Children 1998: A UNICEF report. Malnutrition: causes, consequences, and solutions. Nutr Rev 1998; 56:115-123.
- 13-Gwatkin DR et al. Socioeconomic differences in health, nutrition and population, with developing countries: an overview. Washington DC, World Bank, 2007.
- 14-Darmstadt GL et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. Lancet, 2005, 365 (9463): 977-988.
- 15-Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. Lancet, 2006, 368 (9546): 1516-1523.
- 16-Black RE et al. Maternal and child undernutrition: global and regions exposures and health consequences. Lancet, 2008, 371 (9608):243-269
- 17-Victoria CG et al. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. Lancet 2005, 366 (9495):1460-1466.